

I Jornadas de Género y Diversidad Sexual: *Políticas públicas e inclusión en las democracias contemporáneas.*

Facultad de Trabajo Social
Universidad Nacional de La Plata
La Plata, 24 y 25 de Octubre de 2014.

Título del trabajo: **Un recorrido por los modos de estudiar intervención médica en el parto.**

Autora: Belén Castrillo

Institución u organización: Becaria CIC con lugar de trabajo en el CIMeCS (IdIHCS/UNLP-CONICET) – FaHCE- UNLP.

Eje temático: Las deudas de la salud: violencia obstétrica.

Mail: belen.castrillo@hotmail.com, mbcastrillo@gmail.com

Tres palabras claves: Violencia Obstétrica – Estado Del Arte – Dimensiones De Análisis.

Introducción

La propuesta de trabajo es presentar un breve estado de la cuestión sobre las categorías analíticas que atraviesan el estudio de la intervención médica en el parto (IMP), entendida como la actuación médica en todo el proceso de embarazo, parto/nacimiento y puerperio, construido en base a una amplia revisión bibliográfica. Se presentan las conceptualizaciones principales a partir de las cuales se produjeron/producen y situaron/sitúan los distintos saberes sobre el tema, con el fin de contextualizar una nueva investigación sociológica sobre los sentidos y prácticas asociadas a la intervención médica en el proceso de parto/nacimiento por parte de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud en la actualidad.

Un recorrido por los modos de estudiar las violencias obstétricas

La lectura crítica de más de sesenta artículos académicos de las ciencias sociales sobre el tema, producidos en contextos de habla hispana en la última década, permite construir un estado del arte como lugar de enunciación para la construcción de una investigación vinculada a conocer los sentidos y prácticas asociados a la IMP por mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud platenses en la actualidad.

En tal sentido, aquí se presentan los principales conceptos analíticos que se han problematizado en la producción científica en el marco de estudios sobre el tema, en base a una clasificación construida a los fines de esquematizar la presentación de dichos conceptos. Se trata, entonces, de exponer los modos en los que se ha estudiado la IMP, mayoritariamente analizada en tanto sus efectos de violencias obstétricas, mediante la explicitación de los aspectos del fenómeno que han sido iluminados.

Para estudiar el proceso de IMP se ha prestado especial atención a procesos de medicalización/institucionalización/patologización del parto, el saber y el poder médico vinculados al patriarcado, el discurso médico, el modelo médico hegemónico, y el análisis del poder en tanto relación de dominación y violencia simbólica, biopolítica, hegemonía y autonomía, mecanismos de desautorización de las mujeres; y a un tipo particular: el poder obstétrico. Siendo éste el núcleo central de análisis, otros estudios se enfocaron en reflexiones sobre la maternidad: en perspectiva sociológica, como conflicto y acto político y vinculada a mitos; la paternidad: en tensión/relación con la masculinidad hegemónica; y el fenómeno del parto en sus múltiples consideraciones: fisiológico, medicalizado, intervenido, humanizado, respetado, natural y normal.

Junto a estas conceptualizaciones generales, algunos estudios han privilegio el análisis de aspectos particulares del proceso. Partiendo de que las violencias obstétricas se dan como consecuencia de relaciones específicas entre profesionales de la salud y mujeres-madres, varones-padres y recién nacidos (en el caso de parejas heterosexuales), los estudios se han centrado en profundizar en los sujetos. Así, se analizaron: *a) por el lado de los profesionales de la salud*: el saber médico vinculado a un conocimiento autoritativo, la formación entendida como una socialización instructiva y generadora de un habitus médico autoritario, el médico como empresario moral, el lugar de las parteras y la exclusión de otros saberes; *b) por el lado de las mujeres-madres*: el lugar de la embarazada como enferma/paciente, con un lugar preponderante a conceptualizaciones sobre el cuerpo en tanto al cuerpo gestante y cuerpo pariendo, al cuerpo sospechoso y responsable, el lugar del útero en la mujer y la sociedad; y los procesos de fragmentación-reintegración y de disappearance en el yo materno como fenómenos corporales vinculados al proceso de nacimiento; *c) por el lado de los varones padres*, principalmente se rescatan los trabajos antes presentados sobre paternidad, pero el análisis crítico de la bibliografía

permite concluir en la ausencia de estudios sobre el rol del varón-padre constituyéndose su inclusión en uno de los objetivos y aportes originales de mi investigación.

Asimismo, se han analizado las violencias obstétricas según sus tipos y las prácticas consideradas como tales: por ejemplo, consentimiento informado y trato deshumanizante, litotomía, no acompañamiento y parto inducido.

1. Un análisis general: medicalización e institucionalización del parto, poder y violencia.

Un punto de partida común a varios trabajos es el análisis del proceso de institucionalización de la atención del embarazo, parto y puerperio que a mediados del siglo pasado pasó a ser un acto sanitario-hospitalario, homogéneo, estandarizado, controlado y regulado por el personal de salud, con un aumento del uso de la tecnología en el marco de un proceso simultáneo de medicalización. Este doble proceso de institucionalización-medicalización encuentra su origen, según Camacaro Cuevas (2008) en dos ocurrencias históricas que impactan la vida reproductiva de las mujeres: la trastocación de los protagonismos provocada por la atención médico-obstétrica que pasó de manos de las parteras a manos de profesionales de la salud, y el concomitante traslado de los partos del hogar a los hospitales.

Tomando esta matriz, se pueden pensar los dos procesos interrelacionados. Burgo (s/f) y otros autores (Sadler: 2004; Villanueva Egan: 2010) sostienen que el modelo de la medicalización, que transforma el hecho afectivo, familiar y social de parir y nacer en un acto médico, se sostiene en la despersonalización de la parturienta convertida en paciente y en la dessexualización del parto. A su vez, Magnone Aleman (2011) sostiene que se dio una radicalización de la medicalización en las mujeres, atendiendo a la relación entre la dominación del sistema de salud en el parto y las condiciones de sostenimiento del sistema patriarcal, prevaleciendo, además, un discurso científico médico asociado a un discurso moral. Dicha relación intrínseca entre el discurso médico hegemónico y la episteme patriarcal, se vincula, según Camacaro Cuevas (2008a), a que la medicina construyó su apreciación de la anatomía y la fisiología femenina tomando como patrón de referencia al hombre. Además, Villegas Poljak (2009) sostiene que la ciencia médica se sustenta y a la vez invisibiliza el discurso patriarcal. Junto a este aspecto ideológico se sitúan el biologicista, ahistórico, individualista y focalizado en la enfermedad que modelan la atención médica del parto representándose como un proceso patológico que hay que tratar (Arnau Sánchez y otros; 2012).

Este discurso medicalizador es producto de un sistema médico, entendido en las ciencias sociales como un conjunto organizado de creencias y acciones, de conocimientos científicos y habilidades de los miembros de un grupo perteneciente a una determinada cultura, relativas a la salud, la enfermedad y sus problemas asociados. Siendo que no es el único posible, el sistema médico oficial hegemoniza el control sobre los conocimientos que se refieren al cuerpo humano, en este caso al cuerpo femenino y sus procesos fisiológicos patologizándose las etapas del ciclo vital de las mujeres: la menstruación, gestación, parto y menopausia son consideradas enfermedades a tratar y controlar (Sadler; 2004).

La segunda ocurrencia a abordar tiene que ver con la hospitalización del proceso de parto y los estudios que se ocuparon del tema destacan principalmente: la problematización del nacimiento en un lugar de enfermedad (Camacaro Cuevas; 2009); el auge de la medicina perinatal; la consolidación del control, medicación y regulación del trabajo de parto (Arguedas Ramírez; 2014); la posibilidad de pensar la sala de parto y el consultorio ginecológico como una institución total en términos de Goffman anclada en el control del tiempo, los ritmos, movimientos y la imposición de decisiones médicas frente a mujeres y cuerpos dóciles. En síntesis, los estudios han concluido que se impone un dominio absoluto del proceso por parte del aparato médico con la consiguiente desposesión del control de la mujer sobre su propio cuerpo (Arnau Sánchez y otros; 2012) y del grupo familiar sobre el evento del nacimiento de un nuevo miembro (Larguía; 2000).

En el marco del doble proceso de institucionalización y medicalización, hay un tercer aspecto común a muchos estudios que complejiza el análisis de la IMP: el aspecto relacional que implica interacciones de poder, hegemonía, consensos y violencias entre médicos y pacientes, desde lecturas bourdianas y foucaultianas, teniendo como punto de partida que las violencias obstétricas se dan en un contexto de naturalización de la inequidad de poder. Así, son bases comunes las conceptualizaciones sobre el poder y violencia simbólicos, que podrían explicar la dinámica por la cual dominantes y dominados del campo médico comparten una cosmovisión general y la creencia de la necesidad de IMP sin cuestionar al detentor de ese saber específico. Se trata de un poder producto de un saber constitutivo, legitimado y exclusivo/excluyente. Castro (2014) y otros autores se centran en los análisis de Foucault sobre el poder disciplinario como red y las instituciones de control y vigilancia y la construcción de relaciones de poder que traducen tecnologías del yo, es decir, formas de intervención sobre el cuerpo y la mente de los individuos

que impactan en aprendizajes. Son útiles estas conceptualizaciones para entender la IMP y la violencia obstétrica como mecanismos de disciplinamiento, control y producción de subjetividad.

En la misma sintonía, Arguedas Ramírez (2014), propone una nueva categoría para estudiar el objeto propuesto: el poder obstétrico, entendido como un poder disciplinario enmarcado en el ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres que se ejerce en un territorio-género específico: los cuerpos que se embarazan y paren. Esta microfísica del poder dispone de ciertas tecnologías disciplinarias como la vigilancia, la observación minuciosa, la documentación estadística que establece la normalidad y las técnicas para la administración médico-jurídica del embarazo y el parto. El objetivo del poder obstétrico sería la producción de cuerpos dóciles femeninos que permitan maximizar la efectividad de los embarazos, los partos y del cuidado de los recién nacidos, lo que sólo es posible si estos procesos son contruidos subjetiva y socialmente como problemas sociales y de alteración/desorden que deben ser vigilados.

En la IMP, según Camacaro Cuevas (2009), la práctica médica viola los derechos sexuales y reproductivos de la mujer a través de acciones mecanicistas, interventoras y agresivas que ejecuta la institución médica, a la que la sociedad le ha atribuido tal poder que hace considerar sus mensajes como declarativos y resolutivos.

Por último, en este marco general de análisis, un aporte original es la propuesta de Sadler (2004) respecto a pensar los mecanismos de desautorización que se interrelacionan para despojar de poder (de decisión, de regulación, de control) a las mujeres-madres y varones-padres, y entregarle la autoridad a los profesionales de la salud, en el marco de la atención médica del parto. Se trata de los mencionados en el siguiente cuadro (cuya conceptualización excede esta ponencia) vinculados a las lógicas de infantilización, des-sexualización y des-personalización antes mencionadas¹.

¹ Es necesario destacar que estos mecanismos de desautorización no son exclusivos de las mujeres sino que responden a una lógica institucional que atraviesa a todos los usuarios del sistema de salud.



(Sadler; 2004: 26).

2. Maternidad, paternidad y parto.

Las conceptualizaciones sobre la maternidad/paternidad incluyen discusiones teóricas y políticas que atravesaron las ciencias sociales en el último siglo, principalmente sobre la función social de estos roles y sus consecuencias y lógicas vinculadas a sistemas sociales de dominación patriarcal.

A los fines de esta ponencia se mencionan algunos de estos modos de pensar la maternidad que emergen de los trabajos relevados sobre IMP. En primer lugar, desde un enfoque sociológico, se la ve como un complejo proceso social de empoderamiento y/o incapacitación de las mujeres, que acontece en la encrucijada entre la biología y la cultura humanas, que está estructurada según las relaciones de poder entre los géneros, las generaciones, las clases sociales y las etnias (Informe del Ministerio de Salud de España; 2012: s/p). En segundo lugar, vinculadas a mitos que han configurado modos de ser y de pensar los roles de madre, como analiza Espinosa Pérez (2006). Y por último, el llamamiento de Boichuk (2012) a analizar las vivencias de la maternidad ya no como una institución (funcional al status quo, producida desde el sistema médico moral) sino como un acto político y como experiencia apoderada.

Respecto a la paternidad, o las paternidades como sugiere tratarlas De Keijzer (2001), los pocos estudios se han centrado en considerarlas en su relación con los modelos de masculinidad y a señalar la carencia de referencias lingüísticas para nombrar la experiencia del embarazo, parto y nacimiento por parte de los varones padres; situación impulsada por las instituciones de salud, que se han centrado en el binomio madre/hijo sin dar lugar a la posibilidad de un trinomio que los incluya. En este sentido este autor sostiene que la paternidad es una posición y función situada

histórica y culturalmente, y que es necesario estudiar la conexión entre reproducción y paternidad ya que para los varones la paternidad se constituye en la principal (y a veces única) objetivación de su participación en el fenómeno de la reproducción (de Keijzer; 2001: 10).

Velázquez (2004) sostiene que la paternidad integra aspectos subjetivos, simbólicos y valorativos, motivaciones, prácticas sexuales, reproductivas y de crianza en los varones y que sólo es posible comprenderla de manera amplia a partir de su carácter relacional con la maternidad. Además, sostiene que por ser una construcción sociocultural está influida por la formación de la identidad genérica, y aporta una perspectiva para estudiarla en el marco de la trayectoria de vida de los varones.

Por último, Maroto Navarro y otros (2009), realizan un estudio de campo con varones-padres y presentan sus conclusiones en torno a cinco ejes principales que destacan estos sujetos de su vinculación con la atención médica del parto: una crítica al modelo asistencial dominante que no los incluye pero tampoco considera protagonista a la mujeres; la conclusión de que como el proceso está corporalmente mediado y acceden a él por un conocimiento de segunda mano, sólo les cabe dar apoyo y luchar por su relevancia; la afirmación de que los servicios sanitarios hacen invisibles a los hombres (“eternos secundarios”) por la exclusiva atención a las madres; el hecho de que los protocolos sanitarios coartan su participación y les excluyen; y, por último, que como el sistema sanitario reproduce la asignación de roles de género en materia reproductiva, los servicios los prejuizan y no les asignan espacio cuando quieren participar.

3. Sujetos.

Centrarse en el análisis de los sujetos ha sido una alternativa para iluminar algunos de los componentes del proceso de IMP que es fundamentalmente relacional y cuyas interacciones se dan en el marco de lógicas desiguales y asimétricas de poder.

3.a. Profesionales de la salud, médicos, parteras.

El poder de “los médicos” emana de un saber específico legitimado socialmente. Sadler (2004) utiliza el concepto de conocimiento autoritativo para referirse a ese conjunto de saberes que adquieren el más alto poder y legitimidad para explicar los fenómenos en un contexto determinado. Su constitución es un proceso social continuo que construye y refleja las relaciones de poder al interior de una comunidad, que en la atención de partos hospitalarios, toma la forma de supresión activa de todo lo que la mujer pueda saber, sentir o imaginar acerca de sí misma

durante el proceso. Junto a su análisis de los mecanismos de desautorización puede explicar porqué el poder de la toma de decisiones y la autoridad son automáticamente transferidos desde la paciente hacia el personal médico y administrativo del hospital cuya competencia profesional es alópata, por lo que se ocupa del tratamiento de la patología a través de medios quirúrgicos, farmacológicos y técnicos. Al preguntarse, entonces, por las condiciones de posibilidad y la legitimación de este conocimiento autoritativo sostiene que las mujeres invisibilizan su percepción subjetiva y hablan desde la normatividad médica que han internalizado haciéndola propia, lo que las transforma en cómplices de su propia subordinación. Castro (2014) aporta también un concepto sumamente original y relevante para estudiar a estos sujetos: entiende que existe un *habitus* médico autoritario, que comienza a fundarse durante la formación universitaria en las facultades de medicina y que se consolida durante la especialización en los hospitales, y que tiene una vinculación estructural con los rasgos autoritarios que eventualmente exhiben durante su práctica profesional. Se refiere así al conjunto de mensajes, enseñanzas, recriminaciones, clasificaciones, descalificaciones, regulaciones y jerarquías (de clase, de género, etarias, etc), que los estudiantes de medicina y los médicos viven en carne propia o atestiguan de cerca durante los años de formación. Se trata de “tecnologías del yo” por cuanto constituyen prácticas pautadas a través de las cuales el campo médico se legitima y se reproduce.

A estas dos conceptualizaciones se suma Giberti (2003) quien sostiene que quienes participan de los sectores de poder hegemónicamente instalados, con escasas posibilidades de ser contrariados o juzgados, manipulan sus conocimientos para mantener su posición. Y de hecho, que los participantes principales de las relaciones en el hospital sean personal médico especializado hace que las interacciones sean puramente médicas.

En este sentido, el lugar de las parteras cumple aquí un rol clave: existe un sentido común construido en torno a su relación afectiva con las mujeres embarazadas, su función de apoyo, sostén emocional, abogacía e incluso su rol de líderes naturales (como señala Pelcastre y otros: 2005). En nuestro trabajo se toma una posición crítica sobre dicho sentido común y se propone realizar una indagación a fondo sobre el lugar de las parteras (y matronas) hoy en la IMP.

3.b. Mujeres-madres, corporalidad en el proceso de nacimiento.

Respecto al análisis de las mujeres, Villanueva-Egan (2010) y Sadler (2004) hacen una extensa problematización de la condición mujer-paciente antes mencionada. Por ello

destacaremos los estudios que se centran en explicar y describir cómo la corporalidad de las mujeres es vivida y (re)significada en el proceso de IMP. Diversos autores sostienen que en el marco de la fragmentación que el sistema médico ejerce sobre la mujer, se escinde el cuerpo de la mente, las emociones y los saberes, y se producen procesos de fragmentación y (re)integración, y analizan el dolor y sus experiencias y significados. Así, García (2009) refiere al proceso de fragmentación en el marco del pasaje de cuerpo-sujeto a cuerpo-objeto médico y entiende que el tránsito entre uno y otro es fundamentalmente negociado y no el producto del control unilateral ejercido por la medicina, pero en él el paciente negocia desde una posición de desigualdad, disrupción e incertidumbre, y ve condicionado los modos en que pueda realizarse la (re)integración. Goberna Trías (2012) sostiene que el parto es un proceso en que las vivencias corporales deben objetivarse en el “yo materno” y lo que sucede es que se da un proceso de disociación cuerpo-mente durante el trabajo de parto, siendo que durante el proceso de dilatación las mujeres desarrollan fases de *dysappearance* en las cuales el cuerpo se manifiesta como autónomo, es decir, que el cuerpo “en estado de parto” aparece disociado del “yo” de la mujer.

En sintonía, Magnone Aleman (2013) se centra en la imposibilidad de integrar el saber racional (médico) con el saber instintivo y corporal (femenino), y analiza el cuerpo gestante y el cuerpo pariendo. Asimismo, Montes Muñoz (2008) refiere a cómo el modelo médico hegemónico clasifica los cuerpos en torno al parto: cuerpo sospechoso (que engloba el cuerpo deficiente, el cuerpo como generador de riesgos y el cuerpo imprevisible) y el cuerpo responsable.

Por último, y en referencia a la corporalidad, Camacaro Gómez (2009), Camacaro Cuevas y Camacaro Gómez (2010) y Rodrigañez Bustos (2000) analizan el proceso por el cual la ciencia médica y los mitos religiosos construyeron problemáticamente al útero como el órgano principal de la reproducción, y así pasó a ser objeto de control del saber-poder masculino.

3.c. Varones-padres en el proceso de parto/nacimiento.

Hemos señalado anteriormente la carencia de estudios sobre los varones-padres en el embarazo, parto y puerperio de sus parejas, el nacimiento de sus hijos y sobre las paternidades en general. Es propósito de nuestra investigación incluirlos al estudio sobre la IMP. Resulta útil, entonces, retomar los análisis expuestos y otros sobre la masculinidad hegemónica y las masculinidades, para comprender de qué modo han operado estas definiciones sociales en la imposición de roles esperados para varones en torno a su participación en el parto/nacimiento, crianza y paternidad en general.

4. Sobre las violencias obstétricas: tipos y prácticas

Decidimos presentar en un apartado especial las conceptualizaciones sobre las violencias obstétricas, para marcar una crítica a cierta homologación entre IMP y estos efectos violentos. Sostenemos que la actuación médica en el parto, cuyo principal fin se inscribe en la necesidad de disminuir los índices de mortalidad materno-infantil, no conlleva necesariamente y en todos los casos intimidaciones ni prácticas violentas físicas y psíquicas. Por ello consideramos que la violencia obstétrica es un aspecto, consecuencia o dimensión de los distintos grados de IMP y que su estudio debe vincularse a las significaciones y representaciones de las prácticas² como violentas, y no en definiciones a priori.

Así, las definiciones en torno a la violencia obstétrica han retomado y complejizado la que presenta la primera ley que la nomina (2007, Venezuela) y otros estudios, y terminan por explicarla como una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud —públicos y privados—, y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género (Medina; 2010).

Conclusiones

Esta ponencia presentó un estado del arte en construcción sobre los modos en que se ha estudiado la IMP. En el marco de una clasificación arbitraria que permitió presentar las dimensiones del proceso iluminadas por la bibliografía, se expusieron conceptualizaciones generales (vinculadas a la institucionalización y medicalización del proceso de parto/nacimiento, en el marco de relaciones de poder desiguales) y otras más específicas que se propusieron problematizar aspectos particulares de la IMP. Reflexiones sobre maternidad, paternidad y parto y el análisis de los sujetos que entran en esas relaciones de dominación son algunos de los tópicos que recorren la producción de conocimiento científico sobre la temática. Por último, se hizo

² Sobre las prácticas, algunos autores (Camacaro Cuevas, 2008b; Giberti, 1999; Burgo, s/f) se han centrado en la posición impuesta a la madre al parir (litotomía) que en tanto intervención médica, favorable sólo a los profesionales que atienden el parto, es una posición corporal, psíquica y simbólica en términos de las relaciones de poder. Del mismo modo, se ha analizado de qué modo el tacto médico constituye un evento significativo en la interacción mujer-autoridad médica, en tanto es a través de él que el poder del saber médico dirige y controla el trabajo del parto.

menCIÓN a la necesidad de estudiar la violencia obstétrica como una consecuencia de la IMP y no como un punto de partida, para poder incluir otros elementos explicativos y conocer de qué modos se significan las prácticas médicas en el parto según los actores que participen en las relaciones sobre las que se sustentan.

Bibliografía

- ARGUEDAZ RAMÍREZ (2014), *La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense*. Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe Vol. 11, No. 1 Enero-Junio (2014), pp. 155-180 -ISSN: 1659-4940
- ARNAU SÁNCHEZ y otros (2012). *Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia*. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana 2012, 7 (Mayo-Agosto).
- BOICHUX (2012), *La maternidad como acto político*. Disponible en: <http://www.80grados.net/la-maternidad-como-acto-politico/>
- BURGO (s/f). *Litotomía en el parto, una práctica cuestionable*. Disponible en: http://www.holistika.net/parto_natural/parto_medicalizado/la_postura_de_litotomia_-_acostadaes_la_mas_comoda_y_digna_para_la_mujer.asp
- CAMACARO CUEVAS y CAMACARO GÓMEZ (2010), *Un cuerpo mutilado a la orden de otro*. Salus Online. Volumen 13 – Sup. 1 Año 2009-2010. Pp 57-65.
- CAMACARO CUEVAS, M. (2008a), *La construcción discursiva médico-obstétrica en el proceso reproductivo de las mujeres*. Revista Ensayo y error, Año XVII, nº 35. Caracas, 2008, pp. 95-115. ISSN 1315-2149.
- CAMACARO CUEVAS, M. (2009), *Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico. Improntas de la praxis obstétrica*. Revista Venezolana de Estudios de La Mujer – Caracas. Enero/Junio 2009 - VOL. 14 / Nº 32
- CAMACARO GÓMEZ (2009), *Histerectomía: una práctica médica entre la profilaxis y la castración*. En Delgado de Smith y González (coord.) *Mujeres en el Mundo: Ciencia, género, migraciones, arte, lenguaje y familia*. Valencia, Venezuela 2009. Laboratorio de Investigación en Estudios del Trabajo (LAINET) Fac. Cs Económicas y Sociales. Univ. de Carabobo. Venezuela.
- CASTRO, R., (2014), *Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México*. Revista Mexicana de Sociología 76, núm. 2 (abril-junio, 2014): 167-197. México, D.F. ISSN: 0188-2503/14/07602-01
- DE KEIJZER (2001), *Los hombres ante la salud sexual-reproductiva: una relación contradictoria*. Salud y Género, AC
- ESPINOSA PÉREZ, B., (2006) *El lenguaje jurídico ante la transformación de un mito*. Vniversitas 2006, (julio-diciembre).
- GARCÍA (2009), *Cuerpo y narrativa: una aproximación etnográfica al proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres viviendo con VIH en Ciudad de Buenos Aires*. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, año 15, n. 32, p. 247-272, jul./dez. 2009
- GIBERTI (2003) *El poder hegemónico del médico en situación de embarazos y partos*. Primer Congreso Nacional de Partería – La Plata 29 de octubre 03
- GOBERNA TRIAS (2012), *Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto*. ENE. Revista de Enfermería. Abr. 2012; 6(1): 71-78
- LARGUÍA, M., (2000) *Proyecto maternidades centradas en la familia*. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2000, 19.
- MAGNONE ALEMAN, N., (2011) *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*. Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelAR, Montevideo, 13-14 de setiembre de 2011
- MAGNONE ALEMAN, N., (2013), *Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian*. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad. Nº12. Año 5. Agosto 2013 - Noviembre 2013. Argentina. ISSN: 1852-8759. pp. 79-92.
- MAROTO NAVARRO y otros (2009), *Paternidad y servicios de salud. Estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas*. Rev Esp Salud Pública 2009; 83: 267-278 N.º 2 - Marzo-Abril 2009.
- MEDINA, G., (2010) *Violencia obstétrica*. Cap 4 en Informe de “Omisión y diferencia. Derechos Reproductivos en México”. Grupo de información en reproducción elegida. <http://informe.gire.org.mx/bibliografia.html>

- MINISTERIO DE SANIDAD DE ESPAÑA (2012), *Complejidad sociológica de la maternidad como proceso social*. En Documento: “Maternidad y Salud. Ciencia, conciencia y experiencia”. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCiencia.pdf>
- MONTES MUÑOZ (2008), *Cuerpos gestantes y orden social. Discursos y prácticas en el Embarazo*. Index de Enfermería ISSN 1132-1296. V.17 n.1 Granada ene.-mar. 2008
- PELCASTRE y otros (2009) *Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México*. Revista Escuela de Enfermería USP 2005; 39(4):375-82.
- RODRIGÁÑEZ BUSTOS (2007), *Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*. Cap: Tender la urdimbre. El parto es una cuestión de poder. Ediciones Criminales S.L. SADLER (2004), *Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario*. En Sadler, Acuña y Obach, Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género. Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género. Catalonia, 2004, Santiago de Chile, pp. 15-66. Originado en actividad de investigación.
- VELAZQUEZ (2004), *La paternidad en el proyecto de vida de algunos varones de la Ciudad de México*. En MNEME, Revista de Humanidades. Publicação do Departamento de História e Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte Centro de Ensino Superior do Seridó – Campus de Caicó. V. 05. N. 11, jul./set. de 2004. – SemestralISSN -1518-3394
- VILLEGAS POLJAK, A., (2009) *La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico*. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer. Caracas. Enero/Junio 2009 - VOL. 14 / N° 32